

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

381

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1906 à 1 heure

PAR

Mademoiselle Marie-Emilie VOULICH

Travail de la Clinique des Maladies Nerveuses (Salpêtrière)

ÉTUDE

Sur les Troubles Psychiques dans les Tumeurs Cérébrales

Président : M. RAYMOND, professeur

Juges { *MM. HUTINEL, professeur*
DUPRÉ, agrégé
MÉRY, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANCON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMEIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ETUDE

Sur les Troubles Psychiques

DANS LES

TUMEURS CÉRÉBRALES

INTRODUCTION

Une tumeur développée dans l'organisme y produit des troubles généraux, dus à la malignité de la tumeur, ou à de simples phénomènes de compression et de gêne dans la circulation si la tumeur est bénigne. Dans l'organe où la tumeur s'est développée se produisent de plus des troubles variables avec l'organe dont la fonction est adultérée. Le cerveau, centre sensitivo-moteur et organe psychique, n'est pas soustrait à ces règles et il nous paraît intéressant d'étudier les troubles que les tumeurs cérébrales produisent dans la fonction que l'on estime la plus noble chez l'homme : la fonction mentale.

Outre les faits recueillis dans la littérature médicale, nous étudierons dans ce travail un grand nombre d'observations qui ont été, avec tant d'obligeance, mises à notre disposition par M. Raymond, professeur de clinique des maladies nerveuses, médecin de la Salpêtrière.

Nous ne saurions remercier avec trop de reconnaissance ce maître qui daigne nous montrer encore une preuve de sa bienveillance en acceptant de présider notre thèse.

A M. le Dr Alquier, chef du Laboratoire d'anatomie pathologique, qui nous a guidé dans notre travail, nous adressons nos remerciements les plus sincères, et notre vive gratitude à nos maîtres : MM. les professeurs Reclus, Joffroy, Gilbert-Ballet.

LES TUMEURS CÉRÉBRALES

(*Revue histo-pathologique*)

Au point de vue clinique il est nécessaire de rattacher étroitement aux tumeurs cérébrales des tumeurs qui sont mises à part au point de vue anatomique : ce sont les tumeurs des enveloppes du cerveau. En effet, si une tumeur des enveloppes n'envahit pas à proprement parler la substance cérébrale, comme peut le faire une tumeur du cerveau, elle peut, en revanche, y produire les mêmes phénomènes de compression de la substance nerveuse, gêne de la circulation et phénomènes d'irritation. Il faut de même rattacher aux tumeurs cérébrales proprement dites les tumeurs d'origine inflammatoire : les tubercules assez fréquents, les syphilomes très rares, les hématomes et les tumeurs parasitaires formées par les cysticerques, les échinocoques, etc.

Les différents néoplasmes (1) qui se développent dans le cerveau sont constitués d'un tissu analogue à ceux qui forment le cerveau, tumeurs par conséquent primitives, ou bien sont constituées d'un

1. Brissaud, in *Traité de Méd.*, 1894, t. VI.

tissu provenant d'un organe plus ou moins éloigné, tumeurs par conséquent secondaires.

Le *gliome*, tumeur de tissu névroglie (Virchow), infiltre la substance cérébrale sans limite nette. Il se combine assez souvent au sarcome (*glio-sarcome*) et quelquefois s'infiltre d'une substance liquide ou muqueuse, formant alors le *glio-myxome*. Les vaisseaux sanguins y sont abondants et quelquefois au point que l'on peut donner à certaines de ces tumeurs le nom de *gliomes télangiectasiques*.

Le *cérébrome* (Hayem), formé de tissu cérébroïde avec substratum névroglie contenant des neuroblastes, des cellules nerveuses adultes et des fibres nerveuses, est une tumeur dont la rareté est trop grande pour qu'elle puisse présenter un intérêt clinique.

Le *néurogliome ganglionnaire* est beaucoup plus commun. Il est constitué d'une hyperplasie de la substance corticale, mal limitée, riche en névroglie, et ressemblant à une néoplasie inflammatoire (Ziegler).

Le *sarcome*, propagé à la substance cérébrale de la dure-mère ou des vaisseaux sanguins, présente les mêmes caractères dans le cerveau que dans les autres organes et est constitué de cellules rondes ou fusiformes.

Les fibromes sont très rares dans le cerveau, et prennent naissance dans l'adventice des vaisseaux. Les vaisseaux forment également des *angiomes*.

Aux dépens des plexus choroïdes se forment le

sarcome angiolithique et le *papillome*, tumeurs de constitution endothéliale et vasculaire.

Le *carcinome*, tumeur secondaire le plus souvent au carcinome du sein, quelquefois secondaire au carcinome de l'utérus, se développe dans le cerveau aux dépens des plexus choroïdes, et est remarquable dans le cerveau par sa pauvreté en stroma.

Signalons enfin les *kystes* ayant pour point de départ un sarcome développé aux dépens de la toile choroïdienne ou résultant d'une inclusion de l'épendyme.

SYMPTOMES, PATHOGÉNIE

Les symptômes cliniques dus aux tumeurs cérébrales sont très variables. Il faut considérer la nature de la tumeur qui peut, comme le gliome, se développer longtemps sans phénomènes appréciables, ou produire au contraire, comme le sarcome, des hémorragies et des troubles graves. Il faut considérer enfin le volume et la localisation de la tumeur.

Certains troubles sont observés si fréquemment dans les tumeurs cérébrales qu'on a pu les appeler *symptômes constants* (1). Ce sont : la céphalée, symptôme de la première période, les convulsions épileptiformes qui font suite à la période précédente, et enfin l'affaiblissement intellectuel, l'hébétude du malade.

D'autres symptômes sont inconstants :

Il existe d'abord des symptômes communs, causés par la présence des tumeurs cérébrales sans rapport étroit avec la localisation de celle-ci. Ce sont les vomissements, remarquables par la facilité avec laquelle ils se produisent, ressemblant à ceux que l'on observe dans la méningite. Ces vomissements

1. Cf. Brissaud, *loc. cit.*, p. 235.

apparaissent par périodes pour disparaître plus tard pour un certain temps, et semblent être dus à la compression bulbaire d'autant plus qu'ils s'accompagnent d'autres phénomènes de compression des centres nerveux. Puis les vertiges, très fréquents, quelquefois vertige épileptique vrai.

La stase veineuse papillaire et l'infiltration œdémateuse, causées par la distension de l'espace intravaginal du nerf optique, par le liquide encéphalique, ce qui produit l'aspect d'une papille étranglée, autre phénomène de compression.

Ajoutons encore la polyphagie, la polakyurie, etc.

D'autres symptômes, également inconstants, sont provoqués par les lésions circonscrites de la substance cérébrale, et sont subordonnés à la localisation de la tumeur et à son action destructive, quoique le diagnostic précis du siège de la tumeur ne soit pas toujours certain à cause d'une compression à distance.

Ce deuxième ordre de symptômes n'est qu'une modification des symptômes qui viennent d'être énumérés, mais cette modification même est souvent assez expressive pour permettre souvent de localiser la tumeur en un territoire précis de l'encéphale.

La céphalée par exemple peut devenir plus aiguë, se localiser en une région précise où la percussion devient douloureuse. Les convulsions peuvent devenir partielles, jacksonniennes, débiter par l'un des membres, ou par la face ou même s'y limiter.

Le vertige, lorsque la tumeur siège au voisinage du

rocher, peut devenir giratoire avec bourdonnements d'oreilles unilatéral, vertige auriculaire.

La stase papillaire, s'il y a des lésions des nerfs optiques ou des tubercules quadrijumeaux, peut être accompagnée d'amblyopie ou d'amaurose.

De plus les symptômes de localisation motrice ou sensitive peuvent être très différents et se traduire par des hémiplésies, monoplésies, hémianesthésies, hémiiopsies, etc.

Enfin, l'affaiblissement intellectuel peut prendre une forme plus déterminée, et au lieu d'un engourdissement progressif des fonctions psychiques on observe un trouble de la mémoire des mots, une aphasie motrice (verbale ou graphique) une aphasie sensorielle (auditive ou visuelle) selon la localisation du néoplasme. En général, il n'y a pas d'aliénation mentale à forme délirante, mais l'intelligence présente des lacunes. On l'observe cependant quelquefois, ainsi que le montrent les conclusions de P. Schuster, citées plus loin.

L'altération de la fonction intellectuelle, associée ou non aux modifications du langage articulé, est observée à son maximum, chez les malades atteints de tumeurs de la région frontale antéro-supérieure, mais souvent aussi lorsque la tumeur siège dans le corps calleux. Souvent même ces troubles intellectuels et des altérations du caractère ont été presque seuls observés du vivant du malade, et sans l'observation de ceux-ci les tumeurs de cette région auraient été des trouvailles d'autopsie, ainsi que le montrent

les études de Leonore Welt, de G. Rieger, de F. Raymond.

Causes des troubles psychiques produites par les tumeurs cérébrales

Le premier effet que produit une tumeur cérébrale est un effet mécanique : la compression. Celle-ci peut s'exercer directement sur les parois ventriculaires ou à la surface de l'écorce. Mais même dans le premier cas, on peut admettre que la compression se produit aussi sur l'écorce cérébrale en raison du principe de Pascal et de l'inextensibilité de la boîte osseuse crânienne. On a pu ainsi affirmer que l'hydrocéphalie est une cause d'idiotie par compression du cerveau.

De même des esquilles osseuses où les abcès du cerveau causent des troubles mentaux, mais d'ordinaire on n'observe dans ces cas que de la torpeur et de l'obtusion, à moins que la compression ne s'exerce sur un cerveau en imminence de délire, et alors c'est le délire qu'elle détermine (1).

C'est par application de ce même principe de Pascal que dans les tumeurs cérébrales il est difficile de diviser, comme en psychologie expérimentale, les différents territoires du cerveau en *zones tolérantes* et *zones intolérantes*. En effet, toute tumeur

1. Cf. Gilbert-Ballet. *Traité de pathologie mentale*, 1903, p. 37.

encéphalique peut donner lieu, quel que soit son siège, à des troubles psychiques.

Cependant quelquefois, lorsque la tumeur siège en une région intolérante, elle provoque outre les troubles psychiques et les symptômes somatiques diffus de l'affection néoplasique, des symptômes de foyer, par excitation ou inhibition du territoire fonctionnel intéressé.

PATHOGÉNIE

« La présence d'une tumeur dans une région du cerveau ne peut en réalité expliquer l'apparition de troubles psychiques, la tolérance du cerveau pour les corps étrangers et certaines tumeurs est bien connue » (1).

Et cela se comprend si l'on considère que les troubles psychiques ne peuvent être provoqués par l'altération d'une zone limitée de l'écorce ou de substance cérébrale. Il n'existe pas une région où s'élabore l'intelligence. Le fonctionnement de l'intelligence demande la coopération de toutes les parties constituantes du cerveau et seule une altération diffuse de l'écorce cérébrale est susceptible de produire une modification intellectuelle aussi générale que démence, confusion mentale.

Desauld disait « que les lésions cérébrales ne sauraient produire de symptôme que lorsqu'il survient de la congestion ou de l'inflammation autour d'elles ».

Oppenheim dit que l'obnubilation est simplement le fait de l'augmentation de la compression générale du cerveau par hypertension intra-cranienne et cette

1. Vigouroux. « Etat mental dans les tumeurs cérébrales. »
Revue de Psychiâtrie, février 1903.

compression, due soit à la dimension de la tumeur, soit le plus souvent à l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, est indépendante du siège de la tumeur.

Babinski, à propos d'une malade guérie par trépanation, fait remarquer la ressemblance entre l'urémie et les tumeurs cérébrales.

Marie et Quillain insistent sur l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Klippel (« Tumeurs cérébrales » *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*) trouve que « la compression générale s'accompagne d'un état subinflammatoire, d'exsudations au niveau des méninges et même de granulations ventriculaires ». Cette inflammation chronique des méninges peut alors s'accompagner de la disparition des fibres d'Extner et produire la démence.

Raymond (Démence rapide sans délire, gliome neuro-formatif. *Arch. de Neurol.*, vol. XXVI, n° 80) signale la disparition des fibres tangentielles dans un cas de gliome neuro-formatif avec production d'une démence rapide. L'action destructive de la tumeur était peu étendue, mais les fibres tangentielles dégénérées dans toute l'étendue de l'écorce cérébrale sont dans la zone motrice, il admet que la compression agit en premier lieu sur les fibres d'Extner pour en gêner le fonctionnement d'abord, puis pour les détruire, alors que les autres éléments de l'écorce ne semblent pas encore avoir souffert.

Joffroy et Gombault (Congrès, 1900) rapportent

un cas de méningite progressive avec tumeur du cervelet depuis trente ans, avec symptômes psychiques.

Duprét Devaux (« Tumeurs cérébrales » *Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1900) expliquent les symptômes des tumeurs cérébrales en mettant à côté des faits d'ordre mécanique le rôle toxique : imprégnation de la masse cérébrale par les produits de désassimilation.

Klippel (p. 823) écrit : « Pour nous il y a parfois plus qu'auto-intoxication par les produits de la tumeur ; il peut y avoir infection cérébrale secondaire, infection secondaire aiguë développée autour de la tumeur et déterminant là un maximum de lésions inflammatoires », puis il ajoute : « Maux de tête, convulsions, délire, fièvre, coma, sont un ensemble de signes appartenant à l'infection cérébrale aiguë : maux de tête, convulsions, délire, mais sans fièvre ressortissent souvent des intoxications. » Plus loin *Klippel* admet avec *Ball* que quand les véritables psychoses se rencontrent et coexistent avec des tumeurs cérébrales il y a tout lieu de croire qu'il a là une simple coïncidence.

L'étude d'un très grand nombre de cas montre que les symptômes présentent certaines variations selon le siège de la tumeur à la convexité du cerveau ou à sa base, et selon les régions comprimées. Cependant, quelquefois il n'y a pas de symptômes notables malgré la multiplicité des tumeurs (*Ball*).

Description générale des troubles psychiques

On peut dire que les troubles psychiques dus aux tumeurs cérébrales sont très fréquents sinon constants, mais ils offrent de grandes variétés.

Ils sont caractérisés en général par la diminution, la dépression et l'obnubilation psychique (1). L'intelligence, pendant une longue période de la maladie, est voilée, mais encore présente, et ne disparaît que dans la dernière période de la maladie.

Cependant l'activité automatique est en général bien conservée et contraste avec l'affaiblissement mental, comme le montre en outre une observation de Dupré et Devaux (2), chez un malade porteur d'un énorme endothéliome de la région fronto-sphénoïdale.

Ballet et Kristaker trouvent que la moitié des tumeurs sont accompagnées de troubles : le délire se montre 1 fois sur 12, l'hypochondrie 10 fois sur 27 cas.

Brault et Læper (« Tumeurs cérébrales à forme psycho-paralytique ». *Arch. de médecine*, mars 1900) ont décrit une forme psycho-paralytique des tumeurs cérébrales dans laquelle les troubles sont prédomi-

1. Ch. Dupré. In *Traité de Pathol. mentale* de Gilbert Ballet, p. 1165.

2. Dupré et Devaux. « Tumeur cérébrale ». *Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1901.

nants et primitifs. Oppenheim cite des faits où les troubles psychiques constituent seuls les symptômes.

Nous trouvons : perte de mémoire, obnubilation, état de stupeur sur lequel insiste Brissaud ; le souvenir des sentiments affectifs est fréquemment peu touché (Brault et Lœper). Dupré et Devaux insistent sur un état qu'ils appellent le « puérilisme psychique ».

Ball dit que dans les tumeurs, s'il existe un changement de caractère, il se manifeste plutôt par une extrême irritabilité que sous forme d'attendrissement, ce qui permet de faire leur diagnostic d'avec les ramollissements où ces derniers produisent la démence avec rire et larmes.

Brissaud dit que c'est un simple retour à l'enfance, moins la vivacité des impressions et la curiosité de l'enfant.

Royet, phénomènes d'impulsion chez une petite fille de neuf ans.

Devic et Gourmond ont observé des crises d'automatisme ambulateur.

Le plus souvent nous avons la forme dementielle qui s'installe progressivement ou d'une façon rapide.

Zugaro (Rivista di Patologia nervosa e mentall, mars 1900) décrit une forme urémique ayant simulé une tumeur du lobe frontal et ayant donné lieu aux symptômes diffus des tumeurs et à des troubles psychiques (1).

1. Schuster. *Psych. Störun. bei Hernt.*

Reynolds (*British med. Journal*, octobre 1895) montre la difficulté de diagnostic des tumeurs cérébrales avec l'urémie, le saturnisme, la démence sénile et même la chlorose.

Brault et *Lœper* ont admis que les troubles psychiques sont plus fréquents dans les néoplasmes cérébraux quand ils siègent dans la zone psychomotrice (voir nos observations).

Ladame (*Symptomatologie med. Diagnostic der Himgechvülst Mirzhoury*) différencie les troubles intellectuels suivant les localisations de la tumeur, il pense que l'affaiblissement intellectuel s'accompagne de dépression dans les tumeurs du lobe postérieur et l'excitation (manie aiguë, monomanie) dans les tumeurs de la convexité des hémisphères.

Leonora Welt et *Obici* trouvent un simple changement du caractère et de l'intelligence dans les néoplasmes du lobe frontal.

Jastrowitz décrit la moria.

Oppenheim décrit « *Witzelsucht* » qu'il considère pathognomonique du lobe frontal.

Troubles psychiques accompagnant les tumeurs du lobe frontal

La localisation d'une tumeur dans le lobe frontal produit si souvent des troubles psychiques, et ces troubles quelquefois atteignent une si grande intensité qu'on a pu émettre l'hypothèse que les tumeurs des autres régions du cerveau ne produisent souvent des troubles que par lésion directe ou indirecte du lobe frontal. Cette importance du lobe frontal à ce point de vue concorde bien avec ce que nous ont appris des expériences de physiologie expérimentale sur les animaux et les recherches anatomo-pathologiques sur l'homme.

Ainsi les recherches de Von Mayer ont montré qu'à l'état normal le rapport entre le poids du lobe occipito-pariétal et celui du lobe fronto-temporal est comme 3 est à 6. Dans la paralysie générale et dans la démence sénile ce rapport devient comme 4 est à 5. Ces chiffres montrent donc que c'est le lobe fronto-temporal qui subit la plus grande perte de poids pendant la régression.

On a recherché en quoi consiste exactement cette importance du lobe frontal pour la fonction mentale et alors, là, les affirmations ou les hypothèses varient selon les auteurs. Les uns ont soutenu que dans ce lobe se trouve la localisation de la pensée abstraite des associations supérieures ; les autres y ont loca-

lisé l'intention ; d'autres, la fonction de régression, qui, à l'état normal, empêche les instincts et les passions de prendre la prépondérance, et qui se trouve être un certain contrôle suprême. Nous venons de citer là quelques idées défendues par Hitzig, Bianchi, Auton, Goltz, Lœb, Flechy. Des expériences sur des chiens, faites par plusieurs de ces auteurs, ont montré que ces animaux perdent, après l'ablation du lobe frontal, la capacité de modifier leurs réflexes, deviennent impressionnables, d'un caractère inégal ; l'attention diminue, et, après l'ablation des deux lobes frontaux les chiens présentent un aspect de démence. Quelque chose d'analogue se produit chez l'homme dans les maladies qui atteignent particulièrement le lobe frontal, comme la paralysie générale. Il y a rupture d'équilibre entre le *moi* de l'individu malade, avec la vie extérieure, et rien d'étonnant qu'un dérangement dans ce lobe ait une influence marquée sur le côté moral de l'individu. Le malade ne différencie plus les choses vraies de celles qui sont fausses, imaginaires, les choses possibles de celles qui sont impossibles. A mesure que le raisonnement faiblit, les instincts se réveillent et deviennent de plus en plus forts. Le malade ne gouverne plus son *moi*, et, à la fin, c'est la folie avec perte de l'idée de la personnalité.

Des conclusions de même genre ont été faites par Léonora Welt ; et de plus cet auteur précise la localisation qu'elle place dans l'écorce de la première circonvolution du lobe orbitaire, auprès de la ligne médiane.

Jastrowitz a décrit un état spécial qu'il a nommé *moria*. Celui-ci consiste en ce que le malade montre dans ses actions et dans ses paroles une gaieté infantile, ce qui forme « un singulier contraste avec l'état grave dans lequel se trouve le malade ». Jastrowitz n'a observé le *moria* que chez des malades dont le lobe frontal était atteint. Les mêmes symptômes ont été ensuite observés et décrits par Oppenheim, sous le nom de *witzelsucht*, Anton, Bruns, etc., qui, eux aussi, les regardent comme caractéristiques d'une lésion du lobe frontal.

Parmi les observations avec *moria* et *witzelsucht*, nous avons trouvé dans la clinique du professeur Raymond et dans les cas cités par Schuster, plusieurs où la tumeur siège ailleurs que dans le lobe frontal, nous rapportons quelques cas où la tumeur siégeait dans différentes régions.

Nous voulons encore signaler le fait que dans un cas de Braüman (obs. III citée) le malade ayant été opéré, les troubles psychiques furent très améliorés, tandis que la gaieté anormale, — la *moria* — restait au même degré.

OBSERVATIONS

Les cas des tumeurs cérébrales s'accompagnant du symptôme Moria et Witzelsucht « à siège différent » rapportés par Schuster (1)

OBSERVATION I

(Jastrowitz)

Tumeur du lobe frontal

Homme de quarante-quatre ans donnait volontairement des réponses injustes, stupides, faisait des grimaces.

Autopsie. — Tumeur dans le lobe frontal gauche.

OBSERVATION II

(Gowers)

Tumeur du lobe frontal

Malade avec céphalée, névrite optique, petit mal. Le malade

1. Schuster. *Psychische Störungen bei Hirntumoren*. Stuttgart, 1902.

voulait enlever aux autres malades les draps de lit, retourner les tableaux qui étaient sur les murs et d'autres enfantillages pareils.

Autopsie. — Gliome du lobe frontal.

OBSERVATION III

(Bruns)

Tumeur du lobe frontal

Homme, soixante ans, avec syphilis dans les antécédents personnels. Devient malade avec différents symptômes psychiques, surtout perte de mémoire. On note chez lui *jeux de mots et moquerie*. Symptômes physiques : œdème papillaire, vomissements, lenteur du pouls.

Autopsie. — 1^{er} et 2^e circ. frontales sont presque tout à fait détruites par un gliome. Une partie de noyau leuculaire détruit la capsule interne intacte.

OBSERVATION IV

(Rechter)

Tumeur entre les deux lobes frontaux

Homme, cinquante-deux ans, depuis longtemps malade. A l'entrée à l'hôpital on constata : faiblesse de réaction papillaire, névrite optique, crises épileptiques. Symptôme psychique : diminution de l'intelligence (le malade ne sait pas l'âge de ses enfants, calcule mal). Crises de rage, le malade exagère les

choses et a des expressions de la figure qui rappelle la grimacerie.

Autopsie. — Tumeur fibreuse entre les deux lobes frontaux. Une partie de l'insula (la droite) épaissie.

OBSERVATION V

(Jastrowitz)

Tumeur du lobe frontal

Le malade, homme de trente-huit ans, entre à l'hôpital pour des crises d'épilepsie ; après les crises le malade était très irritable, était agressif. Hallucinations visuelles et auditives. Depuis quatre ans l'état se changeait, pas de crises épileptiques, le malade est d'une intelligence faible, très gai, prédisposé à la moquerie et très aimable cependant.

Autopsie. — Dans la partie antéro-supérieure de la première circonvolution frontale une tumeur de 4 centimètres de long et 3 centimètres de large. La seconde circonvolution était prise, la troisième saine.

OBSERVATION VI

(Brammann)

Opération d'une tumeur du lobe frontal avec persistance de moria.

Homme, vingt-sept ans. En 1891 hémi-parésie, céphalée à gauche, puis amblyopie, œdème papillaire, faiblesse de la mémoire, tumeur sarcomateuse grande comme le poing qui ne laissa

sain que 1 centimètre d'épaisseur du lobe frontal. Après l'opération troubles physiques très améliorés mais, après comme avant l'opération, le malade présentait une *gaieté anormale*.

OBSERVATION VII

(Hawkes)

Tumeur du périoste et de la selle turcique.

Cocher, quarante-huit ans, souffrait depuis dix-huit mois de céphalée, vertiges, amblyopie et faiblesse générale; depuis un an diminution de l'intelligence. Il était agité, désordonné et se distingua par son *enfantillage*.

Autopsie. — Tumeur de grandeur d'une orange qui part du périoste de la selle turcique. Les lobes frontaux étaient ramollis sur leurs faces inférieures.

OBSERVATION VIII

(Burr et Riesman)

Tumeur de l'hypophyse

Femme avec amaurose bilatérale, atrophie optique, nystagmus, exagération des réflexes, démarche raide. Psychiquement : apathie changeant avec un état d'obscénité remarquable et de gaieté. Parfois coma.

Autopsie. — Sarcome de l'hypophyse.

OBSERVATION IX

(Mohr)

Tumeur de l'hypophyse

Femme de cinquante-sept ans, était malade depuis quatre ans. Paresthésie du côté droit, faiblesse dans les membres inférieurs surtout à droite.

Amblyopie, incontinence d'urine. Parfois perte de connaissance. Psychiquement la malade était changée, elle était dans un état d'enfantillage, avec une gaieté spéciale. Après, faiblesse de la mémoire et de l'intelligence. Durée de la maladie quatre ans.

Autopsie. — Tumeur de la grandeur d'un œuf de canard de l'hypophyse, ventricules latéraux agrandis, thalamus, corps strié aplati.

OBSERVATION X

(Klebs)

Tumeur du corps calleux

Homme de soixante ans, souffrait depuis cinq mois : céphalée, vertiges, incertitude de la marche, contractions choréiformes du membre supérieur droit. Etat psychique : Joie infantile pour les choses les plus insignifiantes avec une conscience complète. Onanisme, mort six mois après les premiers symptômes.

Autopsie. — Tumeur du corps calleux qui couvrait les deux corps striés et remplissait les parties antérieures des ventricules.

La tumeur se propageait au lobe frontal surtout du côté gauche. A gauche la tumeur atteignait l'écorce.

Un cas décrit par *Kaplan* et *Moenkemoller* sous le nom de « Tumeur avec état psychique Karsakoff » qui est regardé par *Schuster* (p. 116) comme correspondant à l'état décrit par *Oppenheim* sous le nom *witzelsucht* ».

OBSERVATION XI

(*Kaplan* et *Moenkemoller*)

Tumeur du lobe temporal

Une femme, très bien développée physiquement, sans antécédents héréditaires. Céphalée, amblyopie, marche incertaine, ptosis à droite, parésie du facial et du trijumeau droit. Parésie de l'hypoglosse et des extrémités à gauche. Etat psychique : désorientation (la malade ne savait pas où elle se trouvait) et surtout perte de mémoire pour les choses récentes. La malade ne reconnaissait plus la chambre où elle se trouvait avant quelques minutes. On constatait en même temps un état d'excitation et de la gaieté. La malade faisait des fables, cherchait à répondre aux questions posées par des mots d'esprit ; elle avait des hallucinations agréables, voyait des apparitions vertes et rouges.

Autopsie. — Tumeur myxomateuse sur la partie antérieure du lobe temporal droit.

OBSERVATION XII

(Heyfeld)

Tumeur de l'os pariétal et deux dans le centre ovale

Homme de quarante-deux ans souffrait depuis dix ans de céphalée et de maux de dents. Après surviennent les tremblements, parésie passagère et paresthésie dans le membre supérieur droit. Après un ictus le malade reste psychiquement dans un état d'enfantillage avec une certaine gêne.

Autopsie. — Au milieu de l'hémisphère gauche trois tubercules de la grandeur d'une noix ; ils étaient faiblement attachés à la substance cérébrale et se sont implantés dans l'os pariétal au-dessous dans le centre ovale où se trouvaient deux autres tubercules.

OBSERVATION XIII

(Metsch)

Tumeur du lobe pariétal

Homme de trente-quatre ans était malade depuis un an. Céphalées, parésie faciale droite, crises de convulsions, boulimie. Etat psychique : Somnolence, un état constant de bonne humeur et plaisanteries.

Autopsie. — Au milieu de l'os pariétal droit la dure-mère, était adhérente au cerveau ; sur cette place s'est produite une tumeur qui se propageait au lobe pariétal droit.

OBSERVATION XVI

(Immermann)

Tumeur du cervelet

Homme de vingt-sept ans, en 1838. Vertiges, vomissements, douleurs dans la région occipitale et la surface. En 1840 est pris au service militaire; en 1862 ce malade ne peut plus marcher sans s'appuyer sur une canne. Amblyopie: troubles de l'ouïe (bruits anormaux) et de déglutition. L'état psychique du malade était changé: il est devenu irritable, montrait un état d'enfantillage, parlait très raisonnablement en 1843.

Parésie faciale gauche, faiblesse de l'ouïe, déviation de la langue à gauche, un commencement de névrite optique, exophtalmie du goût et déglutition affaiblie. La mémoire était bonne. Humeur variable.

En 1849, l'état devient de plus en plus grave, le malade présente une gaieté anormale, il rit et plaisante avec les autres bientôt après état de dépression. La mémoire reste bonne. Mort en 1854.

Autopsie. — Tumeur du cervelet. Hydrocéphalie.

OBSERVATION XVII

(Røemer)

Tumeur du lobe pariétal

Chez un matelot à hérédité non tarée s'est développée une tumeur dans la région de l'os pariétal gauche; puis amaurose,

gêne dans les articulations, faiblesse du bras droit et dans la région du facial droit. Peu à peu se sont produites des gênes motrices. Cet état de choses durait depuis quatre ans et demi, puis la tumeur se propagea vers les fosses nasales ; polydipsie, polyphagie, polyurie. Le malade était remarquable par *son humeur contente, gaie, anormale* qui ne changea pas pendant toute la durée de la maladie. Le dérangement intellectuel se montra après une chute sur la tumeur, après que le malade eut des crises épileptiques. Mort sept jours après la chute.

OBSERVATION XVIII

(Mazer)

Tumeur des centres ovales

Homme, cinquante-deux ans. Raideur et paresthésie des membres droits.

Etat psychique : devient irritable, perte de mémoire, craintif, le malade pleure quand on parle de sa maladie, montre aussi une sensibilité extrême envers beaucoup de choses. Puis se montre une hémiparésie droite avec participation du nerf facial. Le pouls était à 44. Cependant se montrèrent des états psychiques variables, le malade, qui, avant, se plaignait et pleurait, devient gai et rassure tout le monde avec un rire, disant que « ça va mieux ». Puis se sont produits les délires. Mort six mois après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Sur une section, on voyait la face médiane de l'hémisphère gauche indurée ; cette dureté se propageait par le corps calleux sur l'hémisphère droite et atteignait le centre ovale. A gauche le centre ovale était envahi par la tumeur qui se

propageait jusqu'au lobe occipital remplissait le ventricule gauche et le corps calleux.

Nous ajoutons à ces cas des cas pris chez Schuster et les cas avec moria étudiés par nous dans les observations de la clinique du professeur Raymond. Dans les deux cas la tumeur avait son siège ailleurs que dans le lobe frontal.

CAS I

Tubercule de la protubérance

Femme de vingt-huit ans. Dans les antécédents héréditaires : mère morte de bacilliose pulmonaire, père rhumatisant.

Antécédents personnels. — Aurait eu dans l'enfance de la tuberculose des ganglions mésentériques. Hémiplégie, troubles de la motricité des globes oculaires, zona, légère paralysie faciale gauche, troubles psychiques. La malade pleure et rit très facilement. Au cours de son séjour à l'hôpital, nystagmus vertical, trouble de mastication. La parole est lente, pas de trouble appréciable, pleure et rit de plus en plus facilement, le caractère subit des modifications, *moria*, esprit tourné à la plaisanterie grotesque.

Autopsie. — Tubercule protubérantiel occupant toute la largeur de la protubérance, s'étend vers le bulbe.

CAS II

(de la clinique Raymond)

Tumeurs des noyaux gris

Femme, trente-trois ans. Rien d'héréditaire.

Antécédents personnels. — Coxalgie à huit ans.

Sent une lassitude pendant un mois, puis symptômes de tumeur cérébrale, maux de tête, vomissements, troubles de la vue, ophtalmoplégie et changement de caractère. La malade devient très impressionnable, pleure pour rien, éclats de gaieté anormale.

Autopsie. — Glio-sarcome à point de départ des méninges et détruisant la plus grande partie des noyaux gris centraux, sans atteindre le troisième ventricule qui paraît sain à l'œil nu.

Pas de lésion de la protubérance.

L'observation suivante présente un intérêt tout particulier. On a cherché en effet si les symptômes constatés chez un malade atteint d'une tumeur cérébrale, ne varieraient pas avec les divers stades d'accroissement de cette tumeur.

Les tumeurs peuvent être extra-lobaires au début, puis devenir plus tard intra-lobaires et alors on peut assister à deux périodes dans l'évolution clinique.

On observe alors dans la première période, outre les symptômes somatiques (céphalée, vomissements, etc.) une torpeur et une obtusion mentales ; c'est ce qu'on peut appeler le stade extra-lobaire du

néoplasme. Dans une seconde période, les troubles psychopathiques sont plus précis et on observe des altérations du caractère, de l'intelligence, de la moralité et des idées délirantes. C'est le stade intra-lobaire de la tumeur.

Cette division, chez les malades, s'observe rarement d'une façon aussi nette que dans le cas suivant :

(Cestan et Lejonne)

Femme, trente-trois ans, était devenue malade au mois d'octobre 1899, neuf mois avant son entrée à l'hôpital; elle présentait : crises épileptiques, céphalées, trouble de la vue, ces derniers se sont liés d'une hémiparésie droite et diminution progressive des facultés intellectuelles. Au commencement les troubles psychiques étaient une sorte de *torpeur*, et faiblesse intellectuelle générale. Cinq mois après l'entrée à l'hôpital, l'état psychique de la malade changea complètement. La malade se distingua par sa très grande « euphorie » qui contrasta beaucoup avec les plaintes et gémissements de la période précédente. La figure de la malade était maintenant souriante, heureuse, en degré marqué de « puérilité », diminution de l'intelligence.

Autopsie. — Tumeur kystique sarcomateuse de la grandeur d'une orange occupant la deuxième circonvolution frontale gauche et le pied de la troisième. Cette tumeur produisit de la pression sur les lobes centraux. A droite, une tumeur grandeur d'amande, dans la partie supérieure du lobe frontal. Les ventricules agrandis.

Les symptômes de « moria », d'euphorie sont souvent décrits par différents auteurs.

Dupré et Devaux décrivent le puérilisme avec gaieté, rire infantile.

L'état décrit sous le nom de *Moral Insanity* peut être rattaché à la moria. Nous rapportons quelques cas pris chez Schuster où nous avons trouvé la gaieté anormale, la moquerie. Entre les observations rapportées nous trouvons dans un cas la tumeur ne siégeant pas dans le lobe frontal.

OBSERVATION

(Gianelli, cité par Schuster)

Moral Insanity

Homme, quarante-quatre ans, fut deux fois enfermé pour « manie » avec guérison. Intelligence moyenne. Les premiers signes psychiques. cinq semaines avant l'entrée à l'hôpital : une passion pour les fleurs, émotivité très grande : à la vue d'un pauvre il donne de grandes aumônes, et cependant lui-même vit dans la plus grande pauvreté. Pendant la nuit le malade se promenait, couchait dans la rue, riait, chantait et tenait des discours immoraux en présence des femmes, leur proposait des amants, et, entré à l'hôpital, le malade montrait une légère surexcitation, parlait sans cesse d'une manière frivole. Ce qui dominait chez lui, c'est l'absence complète de sens moral ou religieux. Il se souvenait avec plaisir de choses obscènes qu'il avait faites, volait, atteint de kleptomanie. Très

irritable, n'avait de respect pour personne. Mort par broncho-pneumonie.

Autopsie. — Hématome de la dure-mère dans la fosse crânienne droite de la grandeur d'un œuf de poule qui se propage dans la fosse orbitaire du frontal droit. Légère méningite. Les vaisseaux de la base sclérosés.

(Oppenheim)

(Cité par Schuster, p. 169, comme un cas rapproché de Moral insanity)

Homme de vingt ans. Céphalée, vertiges, vomissements, titubations ; bruits anormaux, stase papillaire. Psychique : Obnubilation, somnolence. Affaiblissement intellectuel. Parfois une gaieté anormale.

Autopsie. — Sarcome télangiectasique remplissant le troisième ventricule partant du côté gauche du chiasma.

Tumeurs des lobes pariétal, temporal et occipital

Les tumeurs du lobe pariétal et de la région rolandique siégeant dans l'un de ces lobes ou dans les deux simultanément ne provoquent pas en général de troubles psychiques bien caractérisés.

Les statistiques de P. Schuster sont démonstratives à cet égard. On ne note le plus souvent que de la dépression ou un simple affaiblissement intellectuel. Les cas avec dépression sont relativement si nombreux que Gall et Sauvage ont émis l'opinion que les lésions du lobe pariétal jouent un rôle important dans la production de la mélancolie.

Schuster a noté que dans 19 cas de tumeur du lobe pariétal, il n'y avait pas un seul cas de paralysie générale, de paranoïa ni de manie. Surtout état de dépression dans 4 cas, irritabilité avec faiblesse mentale, dans 4 cas, simple affaiblissement intellectuel dans 9 cas.

La tumeur siégeait 11 fois à gauche et 8 fois à droite.

(Observation de la clinique du professeur Raymond)

Tumeur pariéto-frontale.

559. Père nerveux, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Anémie.

En octobre 1899 la malade, sans motifs, sans fièvre, est prise de violentes céphalées frontales diurnes et nocturnes.

En même temps elle a des crises d'anorexie, ces crises arrivent subitement une ou plusieurs fois par jour durent cinq à six minutes à la suite desquelles la malade bredouillait, comprenait cependant ce qu'on lui disait. On note ensuite un embarras de la parole persistant. Vomissements, crises d'épilepsie jacksonienne, troubles de la vue, amaurose. Au cours de la maladie la mémoire et les sentiments affectifs disparaissent. En janvier 1901, hémiplegie droite, grands troubles de la mémoire ; la malade perd les notions des choses, ne sait plus son âge, ne connaît pas l'hôpital où elle est, ne reconnaît pas le médecin qui la soigne, reste assise toute la journée sans faire un mouvement, les yeux grands ouverts, sans sommeil.

Autopsie. — Sarcome gros comme le poing adhérent aux méninges, ayant détruit une grande étendue du lobe frontal et surtout le lobe pariétal gauche, la tumeur a refoulé puis détruit la substance cérébrale envahissant le centre ovale et paraît aller jusqu'au ventricule latéral.

Les symptômes psychiques sont presque analogues aux précédents lorsque la tumeur siège dans la région rolandique. Le même auteur constate que sur 40 cas il n'y a qu'un seul de paranoïa. Pas de cas de paralysie générale.

La plus grande majorité des malades ne présentent en fait de troubles psychiques qu'un affaiblissement intellectuel.

Les tumeurs étaient localisées 27 fois dans l'écorce seule, 10 fois dans la substance blanche et dans la

substance grise et 3 fois uniquement dans la substance blanche. Elles siégeaient 28 fois à gauche et 12 fois à droite.

Sur 16 cas de tumeurs siégeant dans la région rolandique et pariétale simultanément, huit fois à gauche, 2 fois à droite et 5 fois dans les deux hémisphères, les troubles psychiques sont plus intenses : 9 cas avec faiblesse de la mémoire, apathie, désorientation, et 7 cas avec irritabilité et état maniaque.

D'après Schuster on rencontre dans les tumeurs du lobe occipital : idées de suicide, remords, idées d'empoisonnement, idées de persécution, mélancolie, hallucinations, perte de mémoire, idiotisme. En tout 37 cas :

8 cas avec inquiétude, désorientation, délire ;

5 changements du caractère ;

3 grandes faiblesses intellectuelles ;

17 cas à gauche ;

16 à droite.

Les tumeurs siègent surtout dans la substance cérébrale 21 fois ;

Dans l'écorce 7 fois ;

Hallucinations, 1 cas.

OBSERVATION (de la clinique du professeur Raymond)

(*Tumeur temporo-occipitale*)

220. Le malade est amené à l'hôpital dans un état d'ictus, le coma est presque complet ; il se dissipe peu à peu, fait place

à l'agitation. Le malade est très agité la nuit, il parle et tombe dans une sorte de délire ; si on insiste on tire quelques réponses aux questions qu'on lui pose : mais il retombe vite dans la torpeur et n'en sort que pour gémir et crier. Ensuite survient la déviation conjugquée de la tête et des yeux.

Autopsie. — Glio-sarcome occupant la région temporo-occipitale.

Schuster fait les conclusions résultant des observations citées que les troubles psychiques dans le lobe temporal ne sont aucunement liés aux troubles de la parole, ce ne sont ni des symptômes ni la suite de ces derniers, mais sont seulement coexistants.

44 cas : 2/3 sans troubles de la parole, 1/3 avec des troubles ;

Cas occupant seulement l'écorce, 16 cas ;

Ecorce et substance, 14 cas ;

A gauche 21 tumeurs ;

A droite 23 tumeurs.

Surtout : *Somnolence, désorientation, hallucinations* dans 7 cas ;

Troubles de l'odorat 4 cas (Kaplan, Sander, Mackaz, Sichere).

Cas décrits par *Russel* : *Pollakurie* (voir les observations).

Il serait banal d'insister longuement sur les troubles de la parole liés à des lésions du lobe frontal. On sait combien sont nombreux les travaux faits sur cette question depuis la remarquable découverte faite par Broca.

Nous décrivons plus loin quelques troubles du

langage produits par des tumeurs du corps calleux. Mais nous voulons signaler ici une observation de Leyden où les troubles de la parole étaient consécutifs à une tumeur occupant le territoire occipito-pariétal.

Ce cas présente pour nous encore un plus grand intérêt car il a des symptômes pareils à nos cas 872 et 633 (de la clinique du professeur Raymond) rapportés plus loin.

(Leyden. — *Internationale beitræge für Wissenschaftleichen Medicin.*, t. III, p. 301).

Tumeur du lobe occipital.

Observation d'une malade ayant des signes ordinaires de tumeurs cérébrales, chez laquelle les troubles de la parole étaient particulièrement intéressants. Les troubles de la parole étaient remarquables par le fait que la malade mettait dans ses phrases des mots incompréhensibles qui n'étaient pas en rapport avec la phrase. La malade comprenait tout ce qu'on lui disait, pouvait aussi répéter des mots courts, mais à la longue elle changeait les terminaisons ; quelquefois la malade ne pouvait pas se rappeler d'une parole, quand on le lui disait, elle répétait bien. Prend un miroir pour un objet alimentaire, si elle le prend dans la main, elle le reconnaît et le nomme facilement ; d'autres fois, elle reconnaît par l'odorat, l'ouïe, le goût, mais ne peut pas le nommer, si on lui dit plusieurs noms des objets, elle trouve le vrai. Elle ne reconnaît pas non plus les mots écrits, mais reconnaît les nombres, elle les montre sur ses doigts et

les nomme bien. Son nom, la malade l'écrit bien, mais il y a impossibilité d'écrire les autres mots. Par exemple en essayant d'écrire « *Krankenhaus* » elle écrit « *Normankaans* » et lit alors « *Krankenhaus*. »

Autopsie. — Sarcome adhérent à la dure-mère entre le lobe occipital (1 circonv. gauche) et le lobe pariétal (2 circonv.).

Tumeurs du corps calleux

On n'est pas encore tout à fait bien fixé sur l'anatomie du corps calleux. On discute encore pour savoir s'il réunit seulement les deux parties des hémisphères analogues ou des parties non homologues, et aussi, si les fibres du corps calleux traversent la capsule interne ou non.

De cette incertitude de la constitution du corps calleux provient qu'on ne peut pas être sûr de sa physiologie.

D'après les expériences faites sur les animaux, le corps calleux n'a pas d'importance dans les fonctions motrices. Au contraire on admet que le corps calleux a une grande importance dans les fonctions psychiques.

Lapeyronie (cité par Schuster, p. 141) au XVIII^e siècle pensait que le siège de l'âme se trouve dans le corps calleux.

Treviranus en 1776 pensait que s'y trouvait l'unité des fonctions psychiques. D'après Chopart, la destruction du corps calleux entraîne celle de la conscience.

Les auteurs modernes admettent que le corps calleux a pour but d'unir les impressions qui se sont produites dans les deux hémisphères.

Ramson fait du thalamus le « halting place of sensory impulses », il pense que les faisceaux du corps

calleux ont leur point de départ dans le thalamus et que ce sont ces fibres qui transportent les impressions à l'écorce des hémisphères. Dans « Brains » (1895) (cité par Vigouroux) ce même auteur insiste sur l'importance des signes psychiques, qui consistent en une modification graduelle, mais marquée de l'état mental, modification pouvant revêtir dans sa forme aiguë l'aspect d'ictus avec stupeur ; dans sa forme chronique la forme de folie avec hallucination, de manie, d'irritabilité.

Dowie et *Paviot* (cités par Schuster et Vigouroux) pensent que les troubles psychiques observés pendant les lésions du corps calleux sont à rapporter à l'hémisphère cérébral surtout au lobe occipito-frontal, et que les troubles peuvent simuler la paralysie générale et la démence.

Klippel (*Traité de Gilbert et Brouardel*, t. IV, p. 815) dit : « L'intelligence est frappée à un haut degré, tandis que les autres signes habituels des tumeurs cérébrales font défaut, il en est ainsi des douleurs, vomissements, convulsions.

La rupture entre les hémisphères semble être la cause, du moins en partie, de désordres intellectuels consistant le plus souvent en somnolence, stupidité, troubles de la parole. Comme phénomènes du second ordre signalons l'hémi-parésie, la paralysie, l'atrophie optique.

Lutzenberger fait la comparaison entre la démence observée dans les tumeurs cérébrales ou du corps calleux et la paralysie générale ; il dit : Comme dans

cette dernière il y a destruction des courtes fibres d'association, de même dans les tumeurs des pédoncules il y a destruction des longues fibres d'association.

Dans les observations rassemblées par Schuster on trouve des cas avec monomanie, hallucination de la vue, perte de la mémoire, imbecillité, stupeur, somnolence, abrutissement d'une folle (cas de Pasturaut, voir Schuster, p. 145), joie enfantine, idées de persécution, euphorie, idiotie avec agitation, démence, délire d'auto-accusation. Les hallucinations ainsi que polyphagie, polyurie, perversion des instincts sont rares.

Entre les 25 cas cités par Schuster, 18 étaient avec dépression, 7 cas avec délire.

En général d'après Schuster les tumeurs qui produisent seulement un affaiblissement intellectuel, sans complication psychique, paraissent se localiser dans la partie antérieure du corps calleux, ceux qui ont les symptômes, délire, hallucination et autres pareils, dans la partie postérieure (p. 158).

Dans la littérature sur les tumeurs du corps calleux on trouve peu de cas qui soient sans troubles psychiques.

Les tumeurs siégeant au niveau du corps calleux provoquent souvent des troubles nombreux et très divers, dus surtout à la destruction de la coordination des idées. Nous allons étudier quelques cas pris dans les observations de la clinique du professeur Raymond.

Tumeurs multiples du corps calleux.

418. Jeune homme de dix-huit ans. Signes de néoplasme cérébral, double névrite optique œdémateuse. Perte de mémoire. Intelligence pas diminuée. Troubles visuels, puis cécité, surdité complète.

Autopsie. — Gliome du centre ovale, gros comme le poing, l'hémisphère gauche est augmentée de volume, circonvolutions aplaties surtout dans la région pariétale et occipito-temporale. Le tissu néoplasique occupe tout le lobe occipital, les noyaux gris centraux, la capsule interne sont refoulés en avant, le bord postérieur de la capsule interne est à peine détruit à la partie la plus postérieure, le corps calleux à la région postérieure est envahi et le néoplasme est en train de gagner l'autre hémisphère.

Tumeurs multiples du corps calleux.

633. Homme quarante-cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Ethylisme, fièvre typhoïde à trente-sept ans. A l'âge de quarante-quatre ans attaques épileptiques suivies d'embarras de la parole et d'hébétude. Cinq ans après la dernière attaque le malade voulant parler à son fils est pris brusquement d'impossibilité de prononcer une parole, les essais d'écrire ne réussissent pas davantage ; une heure après nouvelle attaque apoplectique. Les troubles aphasiques et agraphiques disparaissent peu à peu

mais le malade garde des douleurs de tête consistant dans des élancements douloureux siégeant dans la région temporale et sus-orbitaire gauche. Le malade reprend ses occupations, mais au cours de son travail il lui arrive de temps en temps d'oublier une parole qu'il voulait prononcer tout en s'efforçant de se souvenir; souvent il ne le trouve qu'après une ou deux heures. Cet état dure quatre à cinq mois, puis nous voyons les troubles aphasiques augmenter ainsi que la céphalée : le malade est pris de vomissements.

L'examen clinique nous montre une légère paralysie faciale droite, parésie droite, réflexes exagérés, légère ébauche de trépidation épileptique. Le malade se plaint continuellement de la tête, porte la main sur la région temporo-frontale. Il s'exprime avec la plus grande difficulté n'ayant que quelques mots à sa disposition ; il ne trouve pas le nom des objets usuels qu'on lui présente, appelle crayon un verre, etc.

On note une surdité verbale incomplète : en demandant au malade de donner la main, ôter son bonnet il le fait : il ouvre la bouche quand on lui demande de montrer la langue, mais ne comprend pas qu'il faut tirer la langue. L'état du malade s'aggrave et un mois après son entrée à l'hôpital on constate chez le malade la surdité verbale et troubles aphasiques complets, il pleure sans cesse, refuse de manger, fait comprendre qu'il est perdu. Quatre jours avant la mort somnolence dont il est difficile de le tirer ; le jour de sa mort attaque épileptique sans reprise de connaissance.

Autopsie. — Glio-sarcome ayant envahi la plus grande partie et surtout le centre de l'hémisphère droite du corps calleux, La bandelette optique en arrière du chiasma présente un nodule. La tumeur est de consistance gélatineuse. Pas d'hydrocéphalie, des signes d'hypertension.

Tumeur du corps calleux

197. Femme de trente-neuf ans. Grand'mère morte d'ictus. Mère hémiplegique gauche. Père éthylique. La malade est le neuvième enfant dans la famille : sept sont morts de convulsions en bas âge, les deux autres plus âgés que la malade sont bien portants.

Antécédents personnels. — Née à sept mois, a eu ses dents tard, n'a marché qu'à deux ans, incontinence d'urine jusqu'à sept ans. A huit ans scarlatine avec délire, la malade a eut six enfants, cinq morts de convulsions et méningite en bas âge, après la dernière couche péritonite. Pas de trace de syphilis chez la femme ni le mari. Léger éthylisme.

La maladie actuelle a évolué en trois ans, elle a débuté par des céphalées violentes, vertiges, titubations, paralysie faciale avec crise épileptique de la langue, crises épileptiques généralisées, vomissements, état nauséeux. On constate chez la malade l'affaiblissement de l'intelligence, léger trouble de la parole. Avec le progrès de la maladie les maux de tête s'observent ; de plus la malade a du délire, elle se lève pendant la nuit, monte dans les lits de ses voisines qu'elle prend pour son mari. Agitation et délire, surtout nocturnes, durent plusieurs jours ; se changent en état attristant, la malade dort presque toute la journée et ne se réveille que pour se plaindre de la tête. L'état comateux se forme, la malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Glio-sarcome de couleur jaunâtre gros comme un œuf de poule sous-jacent aux circonvolutions motrices qui sont tendues, déplissées, soulevées par la tumeur. Celui-ci s'avance dans le lobe frontal et atteint le lobe occipital.

Tumeurs du corps calleux (inédite)

892. 1^o P..., cinquante-huit ans, ravaleur.

En septembre 1905, ictus subit avec perte de connaissance. Depuis il lui reste un certain degré d'obnubilation intellectuelle.

Les phénomènes de tumeur cérébrale, céphalée, vomissements, etc., se développent peu à peu.

30 octobre 1905. — Examen à son entrée à la Salpêtrière : on note de gros troubles psychiques, avant tout un affaiblissement intellectuel général sans idées délirantes ; la mémoire et l'association des idées sont particulièrement troublées.

Les jours suivants, sous l'influence de crises épileptiformes fréquentes, la déchéance intellectuelle fait de rapides progrès : à certains moments la torpeur intellectuelle est complète et la malade ne répond pas aux questions, d'autres fois il est moins obstiné, on en tire quelques réponses monosyllabiques, il exécute quelques actes simples au commandement (tirer la langue, etc.).

Dès la fin novembre le malade trouve dans le gâtisme le plus complet. Il meurt le 27 décembre 1905.

Autopsie. — Gliome de la partie antérieure du corps calleux occupant ses deux tiers antérieurs arrivant latéralement jusqu'aux ventricules latéraux en arrière, ne dépassant pas le tiers postérieur du corps calleux. Sur l'hémisphère gauche, à la partie inférieure du lobe pariétal, deuxième gliome moins net que le précédent.

Tumeurs du corps calleux (inédite)

873. 2° R..., quarante ans, instituteur.

Depuis environ un an on observe chez lui un manque de suite dans les idées, il passe sans transition d'un sujet à un autre.

Depuis mars 1906 sa mémoire a faibli, surtout la mémoire des événements récents ; il a un peu d'étrangeté dans les manières ; son caractère s'est modifié et il est devenu plus irritable.

Examiné à la Salpêtrière le 15 mai, outre des signes de tumeur cérébrale (céphalée, stase papillaire, hémiplegie gauche progressive, etc.), on constate au point de vue mental : un trouble profond de la mémoire, très atteinte pour les faits récents, le malade oublie très vite un acte qu'il a exécuté une demi-heure auparavant, il est assez indifférent, et son état ne le préoccupe guère ; ses sentiments affectifs ne sont pas diminués ; il n'est pas désorienté dans le temps ni dans l'espace.

Les jours suivants surtout à la suite de crises de céphalée frontale les troubles intellectuels s'aggravent, mais selon un autre mode, c'est plutôt une torpeur intellectuelle générale que des troubles spéciaux localisés à telle ou telle faculté.

On observe d'ailleurs des oscillations très nettes dans cet état de torpeur qui se dissipe en grande partie quand la céphalée diminue.

Dans le courant du mois de juin la torpeur fait de rapides

progrès et tend à devenir permanente. Le malade meurt le 16 juin 1906 (1),

Autopsie. — Le cerveau a extérieurement une apparence normale. Pas de lésions méningées, pas d'œdème des circonvolutions.

Sur une coupe verticale interhémisphérique on constate que le tiers postérieur du corps calleux est remplacé par un tissu mou, différent, de couleur jaunâtre avec des points comme un piqueté hémorragique. Le bourrelet est totalement détruit.

Les coupes horizontales montrent que sur le cerveau gauche la tumeur se limite exclusivement au corps calleux et au pilier du trigone.

A droite au contraire, elle s'étend et atteint :

1° La couche optique dont la partie postérieure est entièrement remplacée par du tissu néoplasique ;

2° Le carcinome est rayonnant, car la tumeur se prolonge vers le haut et les coupes qui intéressent la partie supérieure de l'hémisphère s'y rencontrent encore.

La capsule interne, si elle n'est pas atteinte, est fortement comprimée.

Examen : La tumeur se prolonge un peu dans le lobe occipital et doit détruire en totalité ou en partie les radiations optiques.

Au point de vue de sa structure, gliome.

1. Note remise par MM. P. Lejonne et J. Lhermitte.

Les deux observations seront publiées ultérieurement par le professeur Raymond.

(Congrès de Lille, août 1906).

CERVELET

Depuis longtemps on a cherché l'action psychique du cervelet.

Au xvii^e siècle on admettait que là se localise la mémoire ; cette opinion réfutée était revenue deux siècles après : on y a placé alors la localisation de perception des choses. Au commencement du xix^e siècle Huschke en fait l'organe de la volonté, les autres auteurs le regardaient comme siège des sensations générales.

Otto le décrivit comme organe de dépression vis-à-vis des instincts sexuels et des instincts en général, et comme régulateur de la volonté.

Consécutivement on en a fait l'organe de la musique, des instincts, des humeurs (Jessen).

Puis se basant sur les expériences faites sur les animaux on est parvenu à montrer que les troubles psychiques observés pendant les lésions du cervelet sont dues aux troubles généraux qui se produisent dans le cerveau.

Nothnagel se basant sur l'augmentation de la masse du cervelet chez les animaux supérieurs est incliné à penser que le cervelet aurait un rapport avec les troubles psychiques.

Amaldi (cité par Schuster, p. 210) arrive à la conclusion de Nothnagel.

Comme conception moderne : Luciani et Wersiloff

pensent que l'importance du cervelet au point de vue intellectuelle est inadmissible; au contraire son influence sur le tempérament et le caractère est bien possible. Wersiloff le constate dans ses expériences sur les animaux.

Nous rapportons une statistique des cas observés par Schuster et des observations de la clinique du professeur Raymond.

Dans les tumeurs de la région du cervelet et de la protubérance Schuster a noté :

P. G., 2 cas.

Enfantillage. Somnolence. Crises de larmes, dépression, vision, hallucination, idées fantastiques.

En tout 73 cas.

Excitation avec délire . . .	4 cas
Dépression. — . . .	7 cas
Vision, hallucination . . .	3 cas
Faiblesse intellectuelle. . .	27 cas
Boulimie, polyurie . . .	1 cas

Nous avons dans les observations deux cas de tumeurs du cervelet et encore les deux ont en même temps des lésions de protubérance.

OBSERVATION (inédite)

(De la clinique du prof. Raymond)

N° 845. Femme, cinquante-deux ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. La maladie débuta il y a deux ans par vomissements, troubles de la parole, douleurs à

la région occipitale. Puis le 12 septembre nystagmus dans les positions extrêmes, diplopie, affaiblissement de la vue. Surdité passagère avec bruits anormaux (bruit de mer, de locomotive). Constipation, g ne de déglutition. Ponction lombaire : rien dans le liquide.

6 décembre. — Céphalée augmente, vomissements. Embarras de parole plus prononcé. Incontinence d'urine, amaigrissement.

17 décembre. — Affaiblissement intellectuel plus marqué, amaigrissement, eschares débutant.

Autopsie. — Tumeur ayant dureté, bosselures, couleur rouge d'un sarcome conjonctif à peu près sphérique, avec un diamètre d'environ 5 centimètres développé au-devant du lobe gauche du cervelet refoulant et déprimant fortement la bulbe, et protubérance adhérant seulement par sa face postérieure au cervelet et par la partie postérieure de sa face interne aux pédoncules cérébelleux avec bulbe et à la protubérance. Légère dilatation des ventricules latéraux.

OBSERVATION

Tumeur du cervelet (de la clin. du prof. Raymond)

N  732. Durée de la maladie deux mois, l'enfant, de sept ans et demi, présente à l'entrée : paralysie faciale périphérique gauche, démarche cérébelleuse, paralysie des droits externes, troubles de la voix, de déglutition et des réflexes. Coma jusqu'à la mort, survenue en deux jours.

Autopsie. — Gliome diffus du cervelet et de la partie de la protubérance. La tumeur semble avoir pour maximum la région protubérantielle supérieure et s'étend latéralement dans le centre ovale gauche.

Tumeurs à sièges divers

Schuster a noté dans les lésions *des corps striés* :
Mélancolie, idées de suicide, agitation maniaque,
irritabilité, délire, apathie, torpeur, démence 14 cas
en tout.

Faiblesse de la mémoire et de l'intelligence. 3 cas

Apathie, torpeur. 5 cas

Troubles divers. 6 cas

Dans les tumeurs atteignant les *tubercules quadrijumeaux*.

Pas de cas de P. G.

Irritabilité, *boulimie*, crises de fureur, apathie, somnolence, délire, crises de rires, folie, perte de la mémoire, dépression, *polyphagie*, torpeur, stupeur, désorientation.

En tout 37 cas.

32 cas, somnolence, faiblesse de l'intelligence.

Dans les tumeurs du *chiasma des nerfs optiques et des ventricules latéraux* :

Idées de persécution, *paranoïa*, hypochondrie, mélancolie, délire furieux, crises maniaques, perte de la mémoire, folie, dépression, apathie, torpeur.

Paranoïa. Mélancolie très rare.

Dans les tumeurs du thalamus et du 3^e ventricule

2 cas *Mott et Barratt*, où on a porté le diagnostic de paralysie générale.

Méning, 1 cas. Paralyse générale.

Sawyer, 16 cas à forme paralysie générale, troubles du langage.

Irritabilité, idées de suicide, hébétude, crises de larmes, faiblesse intellectuelle.

Faiblesse de la mémoire sans troubles psychiques (voir nos observations).

Désorientation, somnolence, stupidité, torpeur.

En tout 23 observations :

3 cas de paralysie générale.

9 cas de faiblesse de la mémoire et d'intelligence.

7 cas d'apathie, torpeur, désorientation.

Tumeurs siégeant à gauche 8

— à droite 4

*Dans les tumeurs de l'hypophyse et de la région
hypophysaire*

Hallucination, irritabilité, *idées de persécution*, hallucinations visuelles et auditives, démence, crises de fureur, apathie, exaltation psychique, *enfantillage*, gaieté anormale. Délire, stupidité, hallucination du goût et de l'odorat. Perte de mémoire, *coma*, stupeur.

Perte de la mémoire *instantanément*.

En tout 41 cas.

Paranoïa	5 cas
Manie	4 »
Moria	2 »
Délire	3 »
Faiblesse de mémoire.	8 »

Somnolence, stupeur .	13 »
Idiotie.	6 »

Torpeur, hébétude, apathie à sièges divers

Dans un grand nombre d'observations, on constate que la tumeur encéphalique provoque principalement de la torpeur. Il s'agit peut-être ici d'un signe de compression lente de l'ensemble du cerveau, d'une modification de l'hydrostatique intra-cranienne. La torpeur est souvent constatée lorsque la tumeur occupe le cervelet ou le bulbe, mais aussi quand elle siège à la région opposée, c'est-à-dire dans la région frontale. Cette torpeur, comme le montrent les observations qui suivent, peut prendre un caractère un peu particulier, qu'on peut appeler demi-sommeil, qui est comme une transition avec le sommeil prolongé pendant plusieurs jours, autre état pouvant être provoqué par une tumeur encéphalique.

Nous allons étudier les observations de la clinique du professeur Raymond avec symptômes de torpeur, hébétude, apathie.

Tumeur temporo-occipitale

169. Homme, trente-sept ans.

Antécédents personnels. — Méningite, coup de pied de cheval sur la région pariétale, faiblesse d'esprit congénitale. Est pris tout à coup de vomissements, vertiges, bourdonnements. Etat

hébété et comateux. Etat comateux se prononce de plus en plus ; le malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Masse néoplasique qui a envahi le centre ovale du lobe temporal et occipital. Hémorragie au sein du néoplasme.

Tumeur cérébello-protubérantielle

551. Femme, trente-quatre ans. Père alcoolique, mère hystérique, bonne santé.

Antécédents personnels. — Ethylique jusqu'à 1898. La maladie a commencé par le trouble de la vue qui a abouti à l'amaurose complète au bout de trois mois, céphalée, vertiges, vomissements, constipation.

Comme troubles intellectuels la malade présente apathie, irritabilité, anorexie partielle. En juillet 1900 quelques crises d'épilepsie partielle, motrice. En septembre 1900 la malade garde le lit, présente des crises d'abattement avec torpeur et somnolence entrecoupées d'hallucinations. La malade exprime parfois des idées mélancoliques et des idées de persécution, troubles moteurs, hémiplegie motrice droite, titubation cérébelleuse, paralysie faciale périphérique.

Autopsie. — Sarcome de la région cérébello-protubérantielle. La tumeur a refoulé le cervelet et la protubérance, et paraît s'être subdivisée ; ostéoporose considérable au voisinage de la tumeur, grosse hydrocéphalie ventriculaire.

Tumeur frontale

792. Malade, quarante-cinq ans, rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — La malade a été opérée par le Dr Doyen d'un cancer du sein deux ans avant la maladie actuelle.

Céphalée, vomissements, constipation. Au cours de la maladie, répond de plus en plus mal aux questions ; on doit répéter plusieurs fois pour avoir une réponse. Torpeur intellectuelle, asthénie.

Autopsie. — Tumeur étalée comme une pièce de 1 franc occupe et détruit la deuxième frontale. Deux gros noyaux se trouvent dans la surface du lobe gauche du cervelet avec disparition partielle de la substance grise.

(Inédite)

Hémisphère gauche

829. Femme, vingt-sept ans. Rien dans son hérédité.

Début en novembre 1904 par des crises de céphalée de la région pariéto-occipitale gauche, crises diverses s'accompagnant parfois de nausées, jamais de vomissements. Un mois après affaiblissement graduel de la vue qui aboutit à la cécité complète et définitive.

Pas de douleurs, de troubles de la langue, ni vertige, des étourdissements n'ayant jamais été jusqu'à la chute. Troubles de la sensibilité à droite, normale à gauche. Troubles psychiques. Torpeur avec lenteur dans les réponses, amnésie diffuse, difficulté dans l'évocation de certains mots courants.

Autopsie. — Volumineux sarcome dans l'hémisphère gauche, lobe frontal enkysté, bien amassé partout.

Tumeur de la protubérance

651. Homme, trente-trois ans. Signes de tumeur cérébrale, céphalée, vertiges, photophobie, inégalité pupillaire, anosmie, apathie. Le malade reste des heures entières assis tenant la tête entre les mains regardant un point, ne prononçant pas une parole.

Autopsie. — Gliome de la partie postérieure de la protubérance intéressant les parties voisines du cervelet et respectant la partie supérieure de la protubérance.

Tumeur frontale

792. Femme était opérée pour un cancer du sein deux ans avant la maladie actuelle. Au cours de la maladie céphalée asthénie, torpeur.

Autopsie. — Tumeur étalée comme une pièce de 1 franc occupe et détruit la deuxième frontale. Deux gros noyaux se trouvent dans la surface du lobe gauche du cervelet avec disparition partielle de la substance grise.

Tumeur occipito-pariétale

802. Femme âgée de trente-deux ans, présentant toujours une bonne santé ; huit jours avant l'entrée à l'hôpital elle n'avait rien de particulier, ensuite elle remarque une légère faiblesse dans les deux jambes et un jour tombe en perdant connaissance. Reste dans le coma trois jours, ensuite on constate un état demi-comateux réagissant aux excitations

extérieures; aux questions posées répond par un grognement.

Hébétude, maux de tête.

L'état de *torpeur absolue dure trois jours entiers*.

Après la malade reprend complètement connaissance et ne présente aucun trouble du côté de l'intelligence.

Ponction lombaire, le liquide s'écoule en jet et ne présente aucun élément, treize jours plus tard la malade, dont l'état paraissait satisfaisant, est prise brusquement par un ictus. Elle reste dans le coma pendant trois heures au bout desquelles elle meurt.

Autopsie. — Sur la face externe de l'hémisphère droit, on constate une tumeur mamelonnée, bosselée, ne faisant qu'un léger relief extérieur, mais détruisant les deux circonvolutions pariétales. La tumeur est très molle, nettement fluctuante en certains points, en dedans elle est couronnée d'une zone dure presque cartilagineuse. Une coupe horizontale montre un kyste gros comme une mandarine occupant le lobe occipital et le lobe pariétal plein d'un liquide hématique. Les ventricules sont pleins du même liquide. L'arachnoïde très congestionnée, hémorragie punctiforme. Moelle saine.

Sommeil

Outre l'apathie, la torpeur, la demi-somnolence comme dans les cas étudiés précédemment, nous avons des observations avec somnolence, et sommeil complexe qui dure quelques heures, même quelques jours et qui dans l'observation n° 790 donna lieu au diagnostic de sommeil hystérique.

Plusieurs de ces cas pris dans les observations de la clinique du professeur Raymond ont été cités par M^{me} Voulfowitch dans sa thèse *Pathogénie du sommeil*, 1901.

790. Femme de vingt-deux ans. Mère nerveuse.

Antécédents personnels — Convulsions dans l'enfance. A seize ans, opérée d'une tumeur blanche du genou. depuis bien portante. En juillet 1904 est prise de stupeur et de sommeil incoercible, reste trois jours endormie on pense au sommeil hystérique; depuis chancelle sur ses jambes, vertiges, raideur des membres. parle tout haut la nuit, divague se sent étourdie; en octobre, amélioration; janvier nouvel engourdissement, état somnolent, devenue malpropre, laisse par moment échapper des urines et des matières. Au moment de ses règles s'endort deux heures sans qu'on puisse la réveiller, il s'agit d'un demi-sommeil d'où elle sort avec céphalée, torpeur, ne répond plus à ce qu'on lui dit. L'état devient de plus en plus grave, face grimaçante, tête rejetée en arrière, réponses inintelligibles à cause d'une grosse dysarthrie qu'elle attribue à ce qu'on lui a pris son dentier. Les dents n'existent plus ou presque plus (15 chicots). Démarche peu hésitante, légère raideur des quatre membres, réflexes forts, pas de sensibilité anormale, ni stigmatisme hystérique, pas de réflexes pharyngés, se plaint de vertiges, douleurs occipitales, gâte et se masturbe. Le 25 janvier, torpeur complète.

Autopsie. — Deux tumeurs ou plutôt tuméfaction de la protubérance dont l'ensemble est hypertrophié, de consistance molle, les tuméfactions-étant un peu moins molles.

549. Homme de quarante-quatre ans. Mère nerveuse. Rien à signaler dans les antécédents personnels, est pris tout à

coup, sans cause, de céphalées occipitales très violentes sans vomissements, hémiparésie gauche et, au dire du malade, affaiblissement intellectuel, avec perte de la mémoire.

A son entrée à l'hôpital on trouve céphalée occipitale térébrante sans exacerbations nocturnes, un état de dépression mentale avec légère perte de mémoire, une hémiparésie gauche avec exagération des réflexes tendineux aux bras et aux jambes, trépidation légère à gauche, léger tremblement intentionnel, nystagmus. On diagnostique syphilis cérébrale ou sclérose en plaques.

Quatre mois après, l'état du malade est de plus en plus mauvais, crises de vomissements, céphalées, la vue se trouble. *Somnolence*, le malade reste couché toute la journée, il est aplati, la mémoire très faible.

En octobre (cinq mois après le début) crises épileptiques, cécité complète, est opéré par le professeur Segond, meurt ensuite.

On a trouvé une tumeur développée au dépens de la dure-mère, enkystée, comprimant la région rolandique droite, l'os était envahi. A l'autopsie en arrière de la perte de substance osseuse, dans la pie-mère, gâteau néoplasique très vasculaire comprimant la substance cérébrale.

La substance grise détruite en partie, méninges adhérentes. Sarcome conjonctif dure-mérien propagé aux méninges et à l'os.

772. Jeune fille de vingt-deux ans. A quinze ans opérée d'une tumeur blanche du genou. A l'âge de vingt ans, en juillet 1904, elle fut prise d'un sommeil incoercible. Elle demeura endormie pendant trois jours entiers et se réveilla spontanément.

Depuis vertiges, titubations, étourdissements fréquents. En

novembre, se sent étourdie et somnolente toute la journée. Au mois de décembre, crise de demi-sommeil qui dure vingt-quatre heures. A l'entrée à la Salpêtrière, en janvier 1900, elle demeure hébétée, la marche est hésitante. Aucun des stigmates d'hystérie. La torpeur et la somnolence persistent, la prostration augmente, le coma s'établit et la malade meurt.

Autopsie. — Sarcome conjonctif d'origine méningée. A la coupe du cerveau, on voit deux tumeurs intéressant la partie moyenne de l'hémisphère. La première, grosse, se trouve en arrière de la capsule interne, intéresse la partie postérieure de la couche optique en dedans, déborde la ligne médiane par la commissure postérieure en dehors, fait saillie dans le ventricule latéral, adhérant intimement au plexus choroïde. Elle est facilement décollable. La deuxième tumeur est petite, lenticulaire, présente le même caractère que la première. Lésions dégénératives : fibres nerveuses présentent une pâleur diffuse autour de la tumeur principale. Cellules ne présentent rien d'appréciable au voisinage immédiat de la petite tumeur ; très légère chromatolyse centrale dans la moelle.

Tumeurs sans troubles psychiques

Nous venons de voir combien sont variables les troubles psychiques occasionnés par une tumeur siégeant dans le même lobe ou le même territoire chez différents malades.

Mais un autre fait vient encore compliquer le diagnostic du siège de la tumeur d'après les troubles psychiques.

Nombreux sont les cas où des tumeurs cérébrales, souvent de volume considérable, n'occasionnent pas de troubles psychiques notables chez les malades. Ces tumeurs siègent le plus souvent à la partie postérieure de l'encéphale, mais peuvent aussi se trouver au milieu des hémisphères dans les lobes pariétaux, etc.

OBSERVATIONS (de la clinique du prof. Raymond)

Tumeurs de la protubérance.

809. Le malade présentait : maux de tête occipito-frontaux, paralysie faciale droite, paralysie de l'orbiculaire droit, stase papillaire, hémi-anesthésie alterne, dysarthrie, audition diminuée à gauche.

Autopsie. — Dans toute la hauteur de la protubérance, sauf le quart supérieur où on trouve une tumeur ramollie au centre et du volume d'une petite noix, la tumeur fait saillie à sa

partie inférieure dans le quatrième ventricule, bulbe aplati sur son côté droit déformé par la tumeur. Moelle des troisième et huitième vertèbres présente une tumeur grisâtre très molle, qui occupe en arrière la partie droite, envoie des bourgeons entre les racines droites qui sont atrophiées. Moelle très vascularisée.

Tumeur de l'hémisphère droit.

622. Femme, quarante-sept ans, hémi-anopsie temporale gauche, hémiplegie gauche.

Pas de troubles psychiques.

Autopsie. — Glio-sarcome ayant envahi la plus grande partie et le centre de l'hémisphère droit.

Tumeur de la tente du cervelet

13. Femme, quatre-vingt-deux ans. Paralysie faciale congénitale surdité, signes d'hémiplégie droite, guérit pendant son séjour à l'hôpital. Spasmes hémiplégiques, crises épileptiformes. Pas de troubles mentaux.

Autopsie. — Sarcome de la tente du cervelet, pas de compression cérébrale, léger œdème de l'arachnoïde avec congestion veineuse. A la base on trouve une tumeur molle grosse comme une noix, située dans l'épaisseur de la tente étendant au rocher. La tumeur comprime le mésencéphale dans lequel elle s'est creusée une loge, écarte la protubérance de l'hippocampe et comprime le pédoncule cérébral gauche.

Tumeurs multiples

(546. Publiée par Cestan. *Revue neurologique*, 1903, p. 175).

Double paralysie faciale périphérique, névralgie et paralysie des autres nerfs craniens surdité, cécité complète, intelligence conservée ; il est difficile de se faire comprendre par la malade même avec des procédés spéciaux ; aux questions simples elle répond facilement, s'intéresse très vivement à son état et n'est à aucun degré apathique. Troubles moteurs, titubation, douleurs dans les bras et les jambes. Meurt rapidement avec des troubles de la déglutition, de la tachycardie, vomissements.

Autopsie. — Hydropisie ventriculaire. A la base de l'encéphale plusieurs tumeurs marronnées, dures, énucléables, de volume variable depuis la grosseur d'un œuf de pigeon jusqu'à celle d'un grain de chènevis. Ce sont des fibro-sarcomes, ils enserrant la protubérance, refoulent en arrière les deux lobes du cervelet. Elles sont développées aux dépens des nerfs craniens qui disparaissent dans chaque tumeur respective pour en ressortir ensuite. Les deux tumeurs le plus volumineuses siègent sur les deuxième et huitième paires ; d'autres beaucoup plus petites sur les troisième, quatrième, septième, dixième paires. Au niveau de la moelle nombreuses tumeurs de la grosseur d'un petit pois.

Tumeurs de la protubérance

616. Homme, quarante-sept ans, le malade présente de la paralysie des mouvements associés de latéralité surtout vers

la droite, hémiparésie gauche. Pas de troubles psychiques.

Autopsie. — Tubercule protubérantiel occupant toute la hauteur de la protubérance et presque toute la largeur.

Tumeur du ventricule

691. Céphalée intense troubles vasculaires, affaiblissement avec exagération des réflexes rotuliens.

Autopsie. — Gliome bulbaire intéressant le plancher du quatrième ventricule.

Tumeur de la protubérance avec méningite

752. *Antécédents héréditaires.* — Père alcoolique, mère bien portante.

Malade âgée de sept ans et demi, née à terme, rougeole, variole suivie d'hémiplégie.

Premier symptôme en novembre 1903, l'enfant louche de l'œil gauche puis des deux. En janvier 1904 les mouvements de la tête deviennent difficiles ; raideur de la nuque, titubation, chute sur l'escalier 8 janvier, ensuite vomissements, céphalée. Déviation de la bouche à gauche. Examen le 1^{er} février 1905, démarche cérébelleuse. Incoordination motrice, pas de paralysie, réflexes exagérés, troubles de déglutition. Pas de troubles psychiques pendant la maladie ; coma le 4 février, mort 8 février.

Autopsie. — Méningite tuberculeuse.

La protubérance est doublée de volume dans tous les sens, hypertrophie avec déformation notable. A la section tumeur gris-rosé.

Tumeur du lobe occipital

779. Céphalée, quelques troubles visuels et moteurs. Diagnostic fait en se basant sur les troubles visuels.

Intelligence normale, pas de troubles psychiques.

Autopsie. — Sarcome conjonctif énorme de la face inférieure du lobe occipital droit.

Tumeurs du lobe pariétal.

788. Femme, soixante-treize ans. Bien portante jusqu'à trente-quatre ans, hospitalisée à la Salpêtrière à soixante-neuf ans. Variole à soixante-quinze ans. Depuis l'âge de cinquante-sept ans, crises convulsives du côté gauche se répétant irrégulièrement. La malade est avertie par une sensation désagréable indéfinissable dans tout le bras gauche, puis arrive la crise qui consiste en petits mouvements convulsifs de l'ensemble du bras quelquefois au membre inférieur. Pendant les crises la malade cause. Pas de signes nets de tumeur, pas de vomissements. Pas de troubles intellectuels appréciables.

Autopsie. — Tumeur au niveau du lobe pariétal droit, adhérences intenses avec la face externe du cerveau, pas d'adhérence avec la faux. Méninges épaissies au voisinage de la tumeur, une nappe de sang dans la pie-mère descendant jusqu'à mi-hauteur de la scissure de Rolando.

Diagnostic différentiel

Les malades qui offrent des symptômes ayant des ressemblances avec les symptômes qui font l'objet de notre travail peuvent être atteints de paranoïa, d'hystérie, de dépression mélancolique, d'hypochondrie avec idées de suicide, de psychose épileptique, de manie, de folie circulaire, de ramollissement cérébral, de sclérose en plaque, mais c'est surtout en établissant le diagnostic de paralysie générale que l'on peut rencontrer des troubles psychiques ressemblant à ceux que nous avons vus chez les malades porteurs de tumeurs cérébrales.

Parmi les observations recueillies par Schuster il y en a un grand nombre répondant aux différents cas de cette maladie. Nous avons cité plus haut deux observations de la clinique du professeur Raymond, où dans un cas le diagnostic était porté « sommeil hystérique » dans l'autre « sclérose en plaques ».

Nous voulons nous occuper maintenant du diagnostic le plus difficile et le plus fréquent, celui de la paralysie générale.

Nous rapportons une statistique démonstrative des formes de paralysie générale faite d'après les cas cités par Schuster, et plusieurs observations typiques à siège divers prises chez différents auteurs, ainsi qu'une observation de la clinique nerveuse du professeur Raymond.

Statistique d'après Schuster

Dans le lobe frontal 8 cas sur 60.

Dans le lobe post-frontal 3 cas sur 60.

5 fois la tumeur siégeait dans l'écorce.

2 fois la tumeur siégeait dans la substance blanche.

3 fois la tumeur siégeait dans l'écorce et substance blanche.

1 fois la tumeur occupait tout le lobe.

A gauche, 3 fois.

A droite, 6 fois.

Région rolandique

A droite et à gauche 2 fois.

2 cas sur 40.

1 cas à droite, 1 cas à gauche.

1 cas dans la substance blanche.

Lobe temporal

3 cas sur 44.

1 cas siégeant dans la substance blanche.

1 cas siégeant dans l'écorce.

1 cas siégeant dans l'écorce et substance blanche.

Lobe occipital

Sur les 31 observations rapportées par Schuster nous ne trouvons pas de cas à forme de paralysie générale.

Corps calleux

Pas de cas à forme de paralysie générale parmi
31 observations rapportées.

Thalamus

3 cas à forme de paralysie générale sur 23.

1 cas à droite.

2 cas dans le troisième ventricule.

Région de la protubérance

2 cas à forme paralysie générale.

Cervelet

1 cas à forme paralysie générale.

Moelle

2 cas à forme paralysie générale.

Tumeurs multiples du cerveau

2 cas à forme de paralysie générale.

1 tumeur des lobes occipital et frontal.

1 cas circonvolutions frontales 1 et 2.

Tumeurs multiples du cervelet

1 cas à forme de paralysie générale.

(Clinique du professeur Raymond).

Tumeur du lobe occipital.

737. Homme, trente-trois ans, la maladie débuta il y a deux ans. S'est constituée peu à peu par l'apparition successive de différents symptômes : insomnie, maux de tête, vertiges. Au début, 1902, tremblement des membres et de la langue, ictus, diminution de la vue ; 1903, en février, vomissements, troubles de la marche, crises épileptiques, légère inégalité pupillaire. Exagération de tous les réflexes. Pas de trouble de la parole, mais la mémoire est très diminuée, cette amnésie porte principalement sur les faits récents, elle est assez accusée pour ne pas permettre au malade de déterminer l'année dans laquelle nous sommes, ou d'effectuer un calcul des plus simples, tel que la multiplication de 6 par 5. On n'a pas pu apprendre du malade lui-même son histoire, il est dans l'impossibilité complète de préciser les détails.

Diagnostic pendant la vie. *Tumeur cérébrale* sans localisation déterminée à forme de *paralysie générale*. Les améliorations qui avaient concidé à plusieurs reprises avec l'administration du traitement spécifique avaient fait pencher le diagnostic vers l'hypothèse de syphilome cérébral.

Autopsie. — Kyste dermoïde gros comme une noix siégeant sur le lobe frontal droit et sur la partie antérieure de la capsule interne. Grosse hydrocéphalie ventriculaire. Métastases multiples dans les vaisseaux de l'écorce et dans l'espace sous-arachnoïdien. Pas de lésions du troisième ventricule, protubérance sans lésion macroscopique.

OBSERVATION XXV

(Observations prises dans la thèse de Iwfof, 1890, sur les troubles intellectuels à lésions circonscrites)

Tumeur du lobe frontal

Femme, soixante et onze ans, affaiblissement de l'intelligence, accès multiples de paraphasie. Excitation et idées de persécution. Idées et tentative de suicide, dissolution des facultés. Faiblesse générale. Etat comateux.

Autopsie. — Kyste du lobe sphénoïdal droit qui tourne le pied de la troisième frontale, la comprime ainsi que l'insula.

OBSERVATION XXVII (p. 147)

Tumeur du lobe sphénoïdal

Femme de soixante-dix-sept ans. Etourdissement, affaiblissement partiel de la motilité à gauche. Affaiblissement de l'intelligence. Dépression mélancolique.

Propos incohérents. Ictus, hémiplegie gauche. Mort dans le coma.

Autopsie. — Tumeur du lobe sphénoïdal droit.

OBSERVATION XXI (p. 151)

(Tumeur du lobe frontal)

Délire hallucinatoire, confusion des idées, perte partielle

des facultés intellectuelles ; affaiblissement de la motilité du côté gauche, congestion pulmonaire.

Autopsie. — Hémisphère droit tumeur de la dure-mère, grandeur d'une amande, au niveau de l'insula une masse rougeâtre (encéphalite hyperplasique) d'un volume d'une petite noix enveloppant le tiers moyen de l'insula le pied de la troisième frontale et la moitié inférieure et externe du noyau lenticulaire. Hémisphère gauche, sur le noyau extra-ventriculaire une lacune du volume d'une grosse lentille.

Observations citées par Schuster
(Targoula)

Tumeur frontale.

Homme, trente-neuf ans, faiblesse intellectuelle. Idées de grandeur, idées hypochondriaques, embarras de la parole, indifférence papillaire, vertiges, état de marasme vers la fin.

Autopsie. — Tumeur de la grandeur d'une noix dans la partie antéro-externe du lobe frontal gauche.

OBSERVATION II

(Thomas-Lyle)

Tumeur frontale

Homme, quarante ans, fut sauvé d'une tentative de noyade. Ensuite se montre une légère hémiparésie gauche. Au bout d'un mois, on trouve : tremblement des muscles, céphalée, embarras de la parole, idées de grandeur, opti-

misme, démence à forme maniaque. A la suite plusieurs crises apoplectiformes.

Autopsie. — Une tumeur de la grandeur d'une orange qui occupe presque tout le lobe frontal droit.

OBSERVATION III

(Field)

Tumeur du lobe temporal

Un homme de vingt-sept ans est amené à l'hôpital parce qu'il est dans un état de désorientation complète, ne reconnaissant plus sa maison ; à l'hôpital il a des hallucinations visuelles, pense travailler quand il ne fait rien, croit mener une vie de bohémien. Troubles de la mémoire, céphalée, hémiparésie.

Le diagnostic était : paralysie générale.

Autopsie. — Carcinome de la grandeur d'un œuf du côté droit du lobe temporal, juste près de la scissure de Sylvius.

OBSERVATION IV

(Walter Channine).

Tumeur du thalamus

Homme, quarante et un ans avec manie, irritation, gaieté, faiblesse de la mémoire. Puis idées de grandeurs. Hémiparésie, vomissements, exagération des réflexes, troubles de la

vue, de la parole. Folie totale. Durée de la maladie huit semaines.

Autopsie. — Gliome dans le thalamus droit.

OBSERVATION V

(Boyd)

Tumeur des corps striés

Une femme, cinquante-sept ans, malade depuis cinq mois est admise à l'hôpital quatorze jours avant sa mort avec le diagnostic *of general paralysis and dementia*. (La fille de la malade était sortie de l'hôpital guérie).

Autopsie. — Tumeur fibreuse, les corps striés étaient envahis, les ventricules dilatés.

OBSERVATION VI

(Aubanel et Sauze)

Tumeur du cervelet

Homme, quarante-neuf ans, malade depuis deux ans. La maladie a débuté par des céphalées, affaiblissement intellectuel surtout de la mémoire. Après six mois, crises d'épilepsies, dérangement intellectuel bien marqué, jalousie, hallucinations de la vue. Au cours de la maladie, troubles de la marche, agitation maniaque.

A son entrée à l'hôpital (après deux ans de maladie) ophtalmie, cécité, faiblesse des jambes, le malade ne parlait pas,

semblait être d'une indifférence complète à tout ce qui l'entourait. Intelligence presque disparue.

Autopsie. — Tumeur de la grandeur d'un œuf de poule qui occupait toute la partie gauche du cervelet. La protubérance les tubercules quadrijumeaux ramollis.

OBSERVATION VII

(Stamm)

Tumeur de la moelle

Homme de quarante ans, depuis sa jeunesse psychiquement anormal, était depuis plusieurs années *inconstant*. Sans volonté, avec grand besoin d'activité, voyageait d'une place à l'autre, avait des crises de fureur. Après de fortes céphalées, vomissements, diplopie, inégalité papillaire, trouble de la parole. La démarche est souvent ataxique. A la fin, idées d'empoisonnement et des idées de grandeur typique de la paralysie générale.

Autopsie. — Tumeur cysticerque partie droite de la moelle allongée.

OBSERVATION VIII

(Enrich)

Tumeurs multiples

Une femme, trente-huit ans, montrait depuis trois ans les signes de la démence progressive. A l'entrée à l'hôpital on

constata : trouble de la parole, stase papillaire, faiblesse musculaire, apathie, démence. Perte des urines et matières. Parfois crises d'agitation, quelques mois d'amélioration, puis céphalée, troubles papillaires, pas de signes caractéristiques de tumeur.

Autopsie. — Trente tumeurs sur la partie interne de la dure-mère dans la partie supérieure des hémisphères. La grandeur de chaque tumeur variait de celle d'un pois celle d'une noisette.

Nous ajoutons à ces observations une observation prise chez *Baillarger* (*Ann. médic. psychologiques*, 1877-1881, t. IV, p. 241) qui est un exemple curieux d'un délire ambitieux systématique avec idées de persécution chez trois personnes de la même famille, suivi de paralysie générale chez l'une des trois, qui comme le pense Baillarger, paraît avoir été provoquée par l'irritation de la tumeur et par des excès alcooliques.

OBSERVATION (Baillarger)

Antécédents héréditaires. — La mère de M^{me} N... est morte à l'âge de quarante-neuf ans, folle. Le *mari* raconte que lui, sa femme et sa fille sont allés en Espagne pour soutenir un procès de 40 millions. Pendant leur séjour dans ce pays ils avaient beaucoup d'ennuis, on essayait de les faire périr, un jour on leur a offert une poudre blanche qui, donnée aux animaux, les a fait périr. C'est à cette époque que le mari fait remonter ses dérangements intellectuels. Le procès n'avançant pas, la

famille se trouvait dans la misère, était obligée de revenir à Paris, ici le mari devient insupportable pour sa famille, sort nu dans la rue ; parfois tombe dans une tristesse profonde.

La parole du malade est troublée, pupille droite triple de celle de gauche et plus sensible à la lumière.

La femme est agitée, bruyante, a des idées délirantes, parle de mariage pour elle et pour sa fille, elle fait cinq cents enfants par jour, connaît trente-quatre empereurs. Parole embarrassée. Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

La fille, idées de grandeur, convaincue comme son père et sa mère de l'héritage.

Tous les trois augmentent le chiffre de leur fortune chaque jour.

Le mari meurt le 18 mars.

Autopsie. — Sur le côté droit de la face interne du frontal une tumeur du volume d'une noisette ayant déterminé une dépression correspondante. La tumeur est blanche, adhérente aux os. Histologiquement fibro-plastique. Méninges injectées, hémorragie méningée avec fausses membranes.

Chez la femme pas de tumeur.

Dans les trente-deux cas étudiés dans la clinique du professeur Raymond, nous voyons que nous avons une diversité de symptômes, de diagnostics différentiels et de cas dont l'ensemble des symptômes était tellement complexe que nous hésitons bien à les classer sous une rubrique à symptôme défini.

Nous avons un cas à forme de paralysie générale, un où le diagnostic était porté sommeil hystérique,

dans un autre cas le diagnostic était sclérose en plaques ; deux cas à forme moria-witzelsucht. Perte de la mémoire, troubles de la parole, agraphie, aphasie ; dans trois cas ; simple faiblesse psychique 1 fois. Sommeil, état comateux 2 fois. Apathie, torpeur, hébétude, 10 fois. Délire avec agitation 2 cas. Troubles avec symptômes diffus, hallucinations visuelles et auditives, idées de persécution, mélancolie 3 fois, sans trouble psychique 10 cas.

Les sièges des tumeurs présentent non moins de difficulté de classification, occupant les régions communes, les territoires temporo-occipital, fronto-pariétal, ou ayant leur siège dans une région et se propageant sur une grande étendue à une autre.

A siège défini nous avons trouvé :

- 2 cas dans le lobe frontal,
- 1 cas dans le lobe occipital,
- 2 cas dans le lobe pariétal,
- 4 cas dans le corps calleux,
- 1 cas dans les corps striés,
- 1 cas dans le troisième ventricule,
- 4 cas dans la protubérance,
- 2 cas dans le cervelet,
- 1 cas dans la tente du cervelet,
- 1 cas dans la région rolandique,
- 4 tumeurs multiples.

La plupart des localisations sont dans la substance blanche et dans la substance blanche et grise en même temps ; une classification plus détaillée étant impossible à cause des cas où le siège n'est pas indi-

qué. La fréquence des cas à gauche et à droite est à peu près la même, inclinant plutôt à gauche.

La nature des tumeurs est très variable, nous trouvons des sarcomes (surtout) des gliomes, des fibromes, des kystes, des tubercules.

Dans quelques cas nous avons trouvé l'hypertension céphalo-rachidienne liée au tableau clinique de la torpeur, hébétude, dilatation des ventricules, hémorragie, méningite.

Ainsi le plus grand nombre de troubles psychiques que nous avons constatés dans l'étude des observations de malades atteints de tumeurs cérébrales offrent souvent de très grandes ressemblances avec les troubles psychiques constatés chez les malades atteints d'autres lésions.

Nous les avons énumérés dans un chapitre précédent, nous avons montré quelques tableaux cliniques de la paralysie générale avec modification du caractère, idées de persécutions, affaiblissement progressif des facultés mentales, tout en notant que cet affaiblissement est moins généralisé. Il n'y a pas dissolution de toute la personnalité, comme dit le professeur Raymond.

Dans le ramollissement cérébral on trouve les mêmes troubles psychiques variés qui débute par un affaiblissement de l'intelligence : progressivement la mémoire décroît et présente d'abord par intervalles des lacunes portant sur les faits récents. L'attention, surtout l'attention volontaire qui demande

un effort de l'intelligence faiblit, et, comme suite logique, la réflexion et le jugement sont altérés.

Puis viennent des modifications variées du caractère et des idées délirantes : hallucinations, excitation maniaque.

Ici aussi il est donc nécessaire pour le diagnostic d'attacher une grande importance à une autre catégorie de symptômes : dans le premier cas, on observera chez les malades des troubles de la motilité, faiblesses passagères, phénomènes paralytiques fugaces dans les différentes parties du corps (1), une faiblesse générale vague des deux membres inférieurs ou supérieurs, ou le plus souvent localisée à une seule jambe, un seul bras, qui deviennent momentanément lourds, maladroits. La jambe fléchit brusquement, la main ou seulement quelques-uns de ses doigts deviennent peu agiles, la main a peine à se fermer seule. Cela dure quelque temps puis tout rentre dans l'ordre. Aphasies fugaces durant quelques secondes ou quelques minutes, etc. Puis, troubles de la sensibilité, fourmillements, picotements dans le bout des doigts, hyperesthésies, éblouissements, etc.

Dans la paralysie générale vraie on voit aussi apparaître des troubles moteurs, et notamment l'hésitation de la parole, mais en somme dans la paralysie générale on voit prédominer, à l'inverse de ce que l'on

1. Décrits notamment par Lwoff. Thèse, Paris, 1890, p. 26.

observe dans les tumeurs cérébrales des troubles diffus de motilité : maladresse pour certains travaux, à cause de la mauvaise coordination des mouvements, à cause d'un certain degré d'ataxie.

Au point de vue des troubles sensitifs on observe de même des douleurs diffuses, vagues, plus disséminées que dans le cas de lésions circonscrites, de ramollissement (Lwoff) (1).

Il en est de même en ce qui concerne les symptômes qui permettront de faire le diagnostic des tumeurs cérébrales. Nous avons passé en revue un grand nombre d'observations de malades atteints de tumeurs, et nous avons vu combien les symptômes particuliers et bien caractérisés sont variables, et combien les symptômes non caractéristiques d'une tumeur cérébrale, comme l'affaiblissement intellectuel par exemple, sont fréquents. Il est donc encore impossible, dans l'état actuel de la science mentale, de diagnostiquer à coup sûr une tumeur cérébrale, et d'autant plus à la localiser en ne basant le diagnostic que sur les symptômes psychiques ; d'autant plus que nous avons cité plusieurs observations où des malades, atteints de tumeurs cérébrales, ne présentaient pas de troubles psychiques notables. Incontestablement, l'étude des troubles psychiques, leur caractère partiel sera d'un très grand secours dans la plus grande majorité des cas pour aider à l'établissement du diagnostic et pour le parachever, mais les symp-

tômes fonctionnels occupent une importance prépondérante pour le diagnostic, car, comme le dit le professeur *Raymond* dans ses leçons cliniques, 1898 (p. 31) « L'association de trois phénomènes, douleurs violentes localisées à une région circonscrite du crâne, épilepsie partielle, vomissement sans effort est déjà à elle seule propre à nous mettre sur la piste du diagnostic. »

1. Pour la bibliographie voir Schuster, *Psychische Störungen bei Herntumoren*, Stuttgart.

CONCLUSIONS

Les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales peuvent être considérés comme un symptôme très important pour l'établissement du diagnostic des tumeurs cérébrales ; mais à eux seuls ils sont insuffisants ; d'autant plus que les troubles psychiques ne sont pas un symptôme constant de la présence d'une tumeur cérébrale.

Il faut donc pour faire le diagnostic avec le ramollissement cérébral et en particulier avec la paralysie générale faire intervenir la constatation des symptômes fonctionnels.

Dans les tumeurs cérébrales les troubles psychiques peuvent être très variables d'intensité et de forme.

Les troubles psychiques ne sont pas nettement subordonnés à la localisation et à l'étendue de la tumeur.

La moria que certains auteurs ont considéré comme symptôme d'une tumeur du lobe frontal peut se rencontrer dans les tumeurs cérébrales siégeant dans diverses régions du cerveau et même très loin du lobe frontal.

La pathogénie des troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales est très complexe ; nous trouvons l'existence possible d'autres causes : comme l'hypertension céphalo-rachidienne, troubles circulatoires, méningite, intoxications diverses.

Il faut enfin ne pas oublier que dans chaque cas en particulier l'interprétation est rendue fort difficile par ce fait que la tumeur intéresse ordinairement plusieurs systèmes de fibres à la fois. La lésion peut donc contribuer en différentes mesures à la production de divers troubles.

Vu : le Président de la thèse;
RAYMOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice Recteur de l'Académie de Paris
LIARD